

Inscripción en el Servicio de Cuidado Infantil Diurno e Historia clínica

(Day Care Child Enrollment and Health History)

Uso del formulario: El padre, madre o tutor deberá completar el presente formulario para que se adjunte al legajo del niño. Según lo dispuesto en DWD 55.08(9)(d) y (12)(f), este formulario se debe completar y conservar en el legajo del niño en el Centro de Cuidado Infantil Diurno Familiar. Si así no se hiciera, podría originarse una declaración de incumplimiento. La información personal que aquí se solicita tiene el objetivo de la identificación y procura asegurar el cumplimiento de los requisitos de certificación. Es improbable que sea utilizada con un fin ajeno a aquél por el cual se solicitó. Al inscribir a un niño menor de dos años de edad, adjúntese una "Inscripción en el Cuidado Infantil Diurno para menores de dos (2) años de edad", DWSW-13133.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Domicilio particular (calle / ciudad / estado / código postal)	Número de teléfono ()	Fecha de nacimiento (mes / día / año)	Primer día de asistencia al servicio
---	--	------------------------------	--	--------------------------------------

PADRE/MADRE O TUTOR: Todo padre, madre o tutor puede visitar al niño durante las horas de funcionamiento del centro, a menos que su acceso esté prohibido o restringido por una

Relación con el niño	Nombre	Domicilio particular (calle / ciudad / estado / código postal)	Número de teléfono	Domicilio de trabajo o donde se lo puede encontrar cuando el niño se encuentra en el servicio	Número de teléfono
Madre			()		()
Padre			()		()
Tutor			()		()
Tutor			()		()

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR A SU HIJO. Suministre la información solicitada para cada persona autorizada a retirar al niño.

Relación con el niño	Nombre	Domicilio particular (calle / ciudad / estado / código postal)	Número de teléfono	Domicilio de trabajo o donde se lo puede encontrar cuando el niño se encuentra en el servicio	Número de teléfono
			()		()
			()		()

CONTACTO EN CASOS DE EMERGENCIA. Proporcione la información de una persona con quien comunicarse en caso de que no sea posible hacerlo con la madre, el padre o el tutor

Relación con el niño	Nombre	Domicilio particular (calle / ciudad / estado / código postal)	Número de teléfono	Domicilio de trabajo o donde se lo puede encontrar cuando el niño se encuentra en el servicio	Número de teléfono
			()		()

INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO O LA INSTITUCIÓN MÉDICA

Nombre	Domicilio	()
--------	-----------	--------

AUTORIZACIÓN

Sí No Por la presente otorgo mi consentimiento para la atención o tratamiento médico de urgencia que se utilizará sólo si no se puede establecer contacto conmigo en forma inmediata.

Sí No He tenido oportunidad de leer un resumen de las Normas de Wisconsin para la Certificación del Servicio de Cuidado Infantil Diurno Familiar.

Sí No Otorgo permiso para que mi hijo participe de viajes de estudio y otras actividades durante el horario de actividades. En transporte A pie

FIRMA Padre / madre o tutor	Fecha
------------------------------------	-------

Historia clínica y plan de asistencia de urgencias

(Health History and Emergency Care Plan)

Uso del formulario: El presente formulario permanecerá con el niño durante el horario en que se encuentre en el centro de cuidado infantil.

1. Marque toda afección médica que el niño pueda tener.

Alergias a alimentos. Especifique a cuáles.

Alergias a sustancias que no sean alimentos. Especifique a cuáles.

Asma Diabetes Epilepsia / trastornos convulsivos Cuestiones de alimentación o gastrointestinales, inclusive suplementos y dietas especiales

Parálisis cerebral / trastorno motriz Trastorno de conducta / emocional, tal como el trastorno por déficit de atención o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (*ADD* y *ADHD*, respectivamente, por sus siglas en inglés)

Otra afección o afecciones que requieran de atención especial. Especifique:

2. Desencadenantes que pueden ocasionar problemas. Especifique.

3. Signos o síntomas a los que es necesario permanecer atento. Especifique.

4. Pasos que el proveedor de servicios de cuidado infantil debe seguir.

En caso de que se necesiten medicamentos, se debe adjuntar a este formulario una copia del formulario "Autorización para administrar medicamentos" (DWSW-13132). Especifique los miembros del personal de cuidado infantil diurno que han recibido instrucciones o capacitación especializada para asistir en el tratamiento de los síntomas.

a.

b.

c.

5. Indique cuándo se debe llamar a los padres debido a la presencia de ciertos síntomas o la falta de respuesta a tratamientos.

6. Indique cuándo se debe considerar que la afección requiere una reevaluación o atención médica de urgencia.

7. Información adicional que puede ser de utilidad para el proveedor de servicios de cuidado infantil.

FIRMA Padre / madre o tutor

Fecha

()

Fechas de
revisión:
